



CENTRE DE RÉFÉRENCE DÉPARTEMENTAL (CRD)
des TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS AIGÛS

Tel : 05.53.77.67.02 ~ Mail : admissions.crd@ch-candelie.fr

Date de la demande : __/__/____

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Numéro de téléphone :

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR :

Médecin traitant

Psychiatre traitant

Autre

Nom :

Numéro de téléphone :

Ville :

Médecin traitant :

Psychiatre traitant :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Consommation de Toxiques : oui non lesquels :

Idées suicidaires : oui non commentaires :

Troubles du comportement : oui non lesquels :

Motif d'hospitalisation (merci de motiver votre réponse) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement en cours (somatique et psychiatrique) :

Pour toutes les entrées demander à ce que le patient vienne avec : la lettre du médecin / carte d'identité / carte vitale / carte mutuelle / dernier bilan sanguin / dernière ordonnance